

# Potilaan kohtaaminen tehostetun valvonnan osastolla hoitajien näkökulmasta

Seppälä, Henna

Vuorma, Minna

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

## Potilaan kohtaaminen tehostetun valvonnan osastolla hoitajien näkökulmasta

Vuorma Minna  
Henna Seppälä  
Sairaanhoitajakoulutus  
Opinnäytetyö  
Maaliskuu, 2017

Henna Seppälä, Minna Vuorma

### Potilaan kohtaaminen tehostetun valvonnan osastolla hoitajien näkökulmasta

Vuosi	2017	Sivumäärä	29
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien kokemuksia potilaiden kohtaamisesta sekä sen mahdollisista haasteista tehostetun valvonnan osastolla Lohjan sairaalassa. Tavoitteena oli tuottaa selvitys yksikön kehittämiseen, minkälaisia haasteita hoitaja kokee potilaan kohtaamisessa. Tutkimuskysymykset olivat seuraavat: Miten hoitajat kohtaavat potilaan tehostetun valvonnan osastolla? Millaiseksi hoitajat kokevat potilaan hoidon tehostetun valvonnan osastolla? Miten toimintaympäristö tukee hoitajien vuorovaikutusta?

Tässä opinnäytetyössä teoreettisena taustana toimi tehostetun valvonnan potilaan hoitotyö. Tehostetun valvonnan osastoilla hoidetaan niitä potilaita, joilla on akuuttiin sairauteen liittyvä yhden elimen vaatima häiriö tai sen uhka. Tehostetun valvonnan osastot ovat yhdistelmä kehittyntä teknologiaa, tehokkaita toimenpiteitä ja lukuisia terveydenhuollon ammattilaisia. Tehostetun valvonnan osastot ovat sairaalan kehittyneimpiä teknisiä ympäristöjä.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmiksi valikoituivat määrällinen ja laadullinen tutkimustapa. Tutkimusaineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella, jossa oli väittämät, Likert-asteikko sekä kaksi avointa kysymystä.

Tulosten perusteella hoitajat kokivat potilaan kohtaamisen helpoksi ja asianmukaiseksi. Hoitajat kokivat potilaiden luottavan heihin. Vastauksista ilmeni hoitajien riittämättömyys potilaan kohtaamisessa, mikä johtui työn paljoudesta. Hoitajat kokivat työympäristön olevan äänekäs. Osastolla koettiin myös tilanpuutetta.

Kehittämisehdotuksena esitettiin, että olisi hyödyllistä kartoittaa potilaiden kokemuksista tehostetun valvonnan osaston hoitajille. Jatkossa olisi mielenkiintoista kartoittaa potilaiden kokemuksia esimerkiksi kohtaamisesta.

Asiasanat: tehohoito, hoitaja, hoitoympäristö, vuorovaikutus, luottamus.

Henna Seppälä, Minna Vuorma

**Nurses' view to encountering a patient at an intensive care unit**

Year	2017	Pages	29
------	------	-------	----

---

The aim of this thesis was to describe nurses' experiences and potential challenges when encountering patients at the intensive care unit in Lohja hospital. The purpose was to produce a report for the unit's developmental purposes about nurses' encounters with patients. The research questions were: how nurses encounter a patient at the intensive care unit, how they experience the patient care at the intensive care unit, and furthermore, how the nurses' interaction with patients is supported by the operational environment.

The theoretical framework for this thesis is provided by existing research on nursing at an intensive care unit. An intensive care unit provides care for patients with acute illnesses that cause or threaten to cause a disruption in an organ. Intensive care units combine advanced technology, efficient operations, and a high number of health care professionals. They are the most advanced units in hospitals.

The research was conducted by applying quantitative and qualitative methods. The research data was gathered with an electronic questionnaire which included the statements, Likert scale, and two open questions.

The research results suggest that the nurses found their encounters with the patients easy and appropriate. They believe that the patients trusted them. The research reveals that the nurses experienced a feeling of inadequacy which was caused by high volume of work. The working environment was considered as noisy and lacking of adequate space.

In terms of further development, it is suggested here that it would be beneficial for the nurses at the intensive care unit to explore the patients' experiences. For example, it could be interesting to investigate how the patients experienced the encounters.

**Key words:** intensive care, nurse, treatment environment, encounter, trust.

## Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Tausta ja teoria .....	7
2.1	Tiedon haku .....	7
2.2	Tehostetun valvonnan osasto .....	8
2.3	Tehohoidon ympäristö.....	9
2.4	Eettisyys .....	10
2.5	Sanallinen ja sanaton vuorovaikutus.....	11
2.6	Luottamus ja empatia .....	14
3	Menetelmät/toteutus .....	15
3.1	Määrällinen ja laadullinen tutkimus .....	15
3.2	Aineistonkeruumenetelmä.....	16
3.3	Aineiston analysointi.....	17
4	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	18
5	Tulokset.....	19
5.1	Taustatiedot .....	19
5.2	Väittämät ja avoimet kysymykset.....	20
6	Johtopäätökset ja pohdinta .....	23
	Lähteet .....	25

## 1 Johdanto

Tehohoito on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa. Siinä potilasta tarkkaillaan jatkuvasti. Elintoimintoja pidetään yllä erikoislaittein. Aikaisemmin Suomessa on ollut kaksipuolainen osastohoito, joka on jakautunut vuodeosastoihin ja tehohoito-osastoihin. Viime vuosina on yhä useammin pyritty perustamaan myös tehostetun valvonnan osastoja ja näin tasoittamaan jyrkkää eroa vuodeosaston ja teho-osaston välillä. Suomessa on noin 40 teho- tai tehovalvonnan osastoa ja niissä hoidetaan noin 128 000 potilasta vuosittain. (Rosenberg 2014, 15.)

Hoitojaksojen pituus voi vaihdella muutamista tunneista viikkoihin. Eri sairaaloiden teho- ja teho-valvontaosastot ovat luonteeltaan erilaisia. Tehovalvontaosastoilla on osaava henkilökunta, joka valvoo ja ylläpitää elintärkeitä toimintoja potilailla. Tehohoidon osastot erottuvat hoitoympäristönä toisista osastoista huomattavasti. Potilaan yksityisyys saattaa olla suojattu vain verhoilla. Tilassa saattaa olla paljon potilaita. (Meriläinen 2012, 22-23.)

Sairaanhoitajat muodostavat suurimman ammattiryhmän tehostetun valvonnan osastolla. Sairaanhoitajan työ tehostetussa valvonnassa vaatii erityisosaamista, sillä usein potilaan perushoito vaatii erityisjärjestelyjä sekä laitteita. Sairaanhoitajat kohtaavat potilaita, joilla on erityishoitoa vaativia sairauksia. Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus ylläpitää hoitosuhdetta. Hoitosuhteeseen vaikuttaa hoitajan ja potilaan tunteet, ajatukset ja toiminnot. Hoitotoimien suorittaminen sekä tekninen pätevyys suojaavat hoitajaa potilaan kärsimyksen kohtaamiselta. Hoitajan vuorovaikutustaitojen avulla saa hoitaja aikaan suhteen, jossa toteutuu potilaan itsehoitoa tukeva ja ohjaava hoitotyö. (Mattila 2001, 18.)

Hoitajan ja potilaan välistä toimivaa vuorovaikutusta kuvaa kohtaamisen turvallisuus ja myönteisyys. Siihen kuuluvat molemminpuolinen luottamus. Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen on todettu olevan keskeinen asia, jonka perusteella potilaat arvioivat saamaansa hoitoa. (Hastrup 2006, 12.)

Tämä opinnäytetyö tehtiin Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osastolle. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaan kohtaamista hoitajan näkökulmasta ja sen mahdollisista haasteista. Tavoitteena on tuottaa selvitys yksikön kehittämiseen, minkälaisia haasteita hoitaja kokee potilaan kohtaamisessa. Opinnäytetyön tilaaja on Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osasto. Tehostetun valvonnan osastolla halutaan kyselyn kautta selvittää, mitä vahvuuksia ja mahdollisia haasteita potilaiden kohtaamisessa on.

## 2 Tausta ja teoria

Tehostetun valvonnan osastosta voidaan käyttää myös nimitystä tehovalvonta-osasto. Tässä opinnäytetyössä toimintaympäristöstä käytetään nimeä tehostetun valvonnan osasto. Opinnäytetyömme tehdään Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osastolle. Lohjan sairaanhoito-alue kuuluu Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) ja on yksi sen tulosalueista. Lohjan sairaanhoitoalueen tehtävänä on tuottaa erikoissairaanhoidon palveluja alueensa kuntien asukkaille tai muiden alueiden asukkaille sovitun työnjaon mukaisesti. Lohjan sairaanhoitoalueeseen kuuluu kuusi kuntaa: Karkkila, Lohja, Siuntio ja Vihti. Lohjan tehostetun valvonnan osasto hoitaa koko sairaalan tehostettua valvontaa vaativat aikuispotilaat. Potilaat tulevat sinne pääosin päivystyksen poliklinikan kautta. (HUS 2015.)

Osaston yleisimmät potilasryhmät ovat: sisätautipotilaat, kirurgiset potilaat, traumatologiset potilaat, neurologiset potilaat ja keuhkosairauksien potilaat. Osaston hoitajien työ on kolmivuorotyötä. Aamuvuorossa on neljä (4) sairaanhoitajaa, iltavuorossa kolme (3) sairaanhoitajaa ja yövuorossa kaksi (2) sairaanhoitajaa. Tehovalvonnan osastolla sairaanhoitaja vastaa potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta. Hoidossa korostuu moniammatillisuus, hoidon jatkuvuus, turvallisuus, yksilöllisyys sekä perhekeskeisyys. Moniammatillisuudella tarkoitetaan, että potilasta hoidetaan yhteistyössä eri erikoisalojen asiantuntijoiden ja ammattiryhmien kanssa. (HUS 2015.)

Hoidon jatkuvuuteen kuuluu kirjaaminen ja raportointi. Hoidon turvallisuudella tarkoitetaan luottamuksellista hoitosuhteen luomista, yhteistyötä potilaan ja hänen omaistensa kanssa sekä sairaanhoitajan jatkuvaa itsensä kouluttautumista. Hoidon perhekeskeisyydellä tarkoitetaan omaisten informointia ja mukaan ottamista hoitoon, päätöksentekoa sekä omaisten tukemista. Hoidon yksilöllisyys on potilaan arvojen, toiveiden, tarpeiden ja tahdon huomioimista. Potilasta informoidaan ja hänet otetaan mukaan päätöksen tekoon. (HUS 2015.)

### 2.1 Tiedon haku

Tietoa on haettu eri kirjoista, artikkeleista, lainsäädännöistä ja tutkimuksista. Tietokantana on ollut Medic, josta löydettiin tarvittavaa tietoa (Liite 1.). Asiasanat ovat olleet hakusanoina. Asiasanat olivat tehohoito, hoitaja, hoitoympäristö, vuorovaikutus, luottamus.

Tässä työssä käsitellään ainoastaan kotimaisia tutkimusartikkeleita. Käytetty lähdemateriaali on mahdollisimman tuoretta.

## 2.2 Tehostetun valvonnan osasto

Tehohoitoa annetaan teho- osastolla. Aikaisemmin Suomen sairaaloissa on osastohoito ollut kaksiportainen ja jakautunut vuodeosastoihin ja tehohoidon osastoihin, mutta viime vuosina on porrastuksessa yhä useammin pyritty perustamaan myös tehostetun valvonnan osastoja tasoittamaan jyrkkää eroa vuodeosaston ja teho-osaston välillä. (Rosenberg 2014, 15.)

Tehohoidossa potilaat ovat vaikeasti sairaita ja heitä tarkkaillaan keskeytymättä. Potilaiden elintoimintoja ylläpidetään ja valvotaan sekä seurataan siihen kuuluvilla erikoislaitteilla. Tehohoidon tavoitteena on voittaa aikaa hoitamalla perussairautta ja estämällä hengenvaaraa. Tehohoitoa annetaan Suomessa Teho-osastoilla. Näille osastoille keskitetään elämää ylläpitävien toimintojen, ylläpidon ja valvonnan edellyttämä henkilökunta. Teho-osastoilla on myös laitteet ja teknologia niin kuin teho-osastolta edellytetään. (Sthy, 1997.)

Tehostetun valvonnan osastoilla hoidetaan niitä potilaita, joilla on akuuttiin sairauteen liittyvä yhden elimen vaativa häiriö tai sen uhka. Tehostetun valvonnan osastoilla käytetään noninvasiivisia eli kajoamattomia hoitomenetelmiä. Niiden potilaspaikkojen tarve arvioidaan yhtä suureksi kuin tehohoidon osaston paikkamäärä. (Rosenberg 2014,15.)

Tehostetun valvonnan osastot ovat yhdistelmä lukusia terveydenhuollon ammattilaisia, kehittyntä teknologiaa sekä tehokkaita toimenpiteitä. Tehostetun valvonnan osastot ovat sairaalan kehittyneimpiä teknisiä ympäristöjä. Väestön Suomessa ikääntyessä ja lääketieteellisten hoitojen kehittyessä tehohoitopaikkojen tarve lisääntyy edelleen. (Meriläinen 2012, 21.)

Tehohoitotyö sisältää tehopotilaan vaatimien hoitotyön interventoiden eli potilaan avun toteuttamisen. Nämä interventiot vaativat hoitajalta hyvän ammattitaidon ylläpitämistä. Käsitteellä tehohoito tarkoitetaan sitä potilaan hoidon kokonaisuutta, joka vaatii teho-osastolta saatua hoitoa. Tehohoito sisältää sekä hoitotyöntekijöiden että lääkäreiden osaamisalueet. Tehohoito kuuluu Suomessa erikoissairaanhoidon. Se on kustannuksiltaan kallista, mikä johtuu sen henkilöstötarpeesta ja erityistekniikasta sekä potilaiden vaikeahoitoisuudesta. Tehohoito pyrkii ensisijaisesti elämän säilyttämiseen ja hengenvaaran estämiseen. Kaikki hoitotyön toiminnot vaativat tehohoidossa erityisosaamista. Esimerkiksi potilaan perushoito vaatii erityisjärjestelyjä ja laitteita sekä usein myös usean hoitotyöntekijän työpanosta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2008, 236-237.)

Ensimmäiset teho-osastot perustettiin maailmalla 1950- luvulla ja Suomessa vuonna 1964. Tehohoito onkin nopeasti kasvanut omaksi lääketieteen toimialakseen. Suomessa koulutetaan tehohoitoon erikoistuneita sairaanhoitajia ammattikorkeakouluissa. Vuodesta 2001 alkaen lääkärit ovat voineet suorittaa lääkäriä myöntävän erityispätevyyden tehohoitoon. (Meriläinen 2012, 21.)



Suomessa on noin 40 teho- tai tehovalvonta osastoa ja niissä hoidetaan noin 128 000 potilasta vuosittain. Hoitoaika teho-osastolla on keskimäärin 3,4 vuorokautta mutta hoitajaksojen pituus voi vaihdella muutamista tunneista useisiin viikkoihin. Valtaosa potilaista tulee hoitoon suunnittelemattomasti esimerkiksi tapaturman tai äkillisen sairastumisen seurauksena. Sairaaloiden teho- ja valvontaosastot ovat luonteeltaan erilaisia, se riippuu hoitovaatimusten ja paikallisten olosuhteiden mukaisesti. Sairaalan tehohoitopaikkojen tarve riippuu keskeisesti sairaalan luonteesta ja toiminnoista. Teho-osastoille keskitetään elintärkeiden toimintojen valvonnan ja ylläpidon edellyttämä tekniikka, osaaminen ja henkilökunta. (Meriläinen 2012, 22.)

Käytännössä eettisesti oikeutettu pyrkimys kaikkien potilaiden parhaaseen mahdolliseen hoitoon ei toteudu ilman ristiriita- ja valintatilanteita. Tehohoidosta saavutetaan suuri hyöty selälaiselle potilaalle, jota ei voida hoitaa muilla osastoilla ja jonka todennäköisyys eloon jäämisen sekä todennäköisen jäljellä olevan elämän pituus on suurin. Teho-osastolla pitää hoitaa ensisijaisesti potilaita, joilla on ohimeneväksi arvioitu hengenvaarallinen tila sekä selviytyttyään mahdollisuudet normaaliin elämään. (Elonen, Mäkijärvi & Vuoristo 2008, 580-581.)

On huomioitava potilaan kokonaistilanne, perussairaudet, ikä, ennuste, henkinen tila ja lähtötilanteen toimintakyky. On huomioitava elintoimintojen häiriövaikeus, annetun hoidon intensiteetti, kesto ja vaste. Kaikki tehohoitoon tulevat potilaat pitää arvioida potilaan kunnon mukaisesti ja päätöksen perusteet kirjata sairaskertomukseen. Myös potilaan tahto tai mielipide pitää selvittää ja huomioida, mikäli potilas ei ole halukas tehohoitoon. (Elonen ym. 2008, 582.)

### 2.3 Tehohoidon ympäristö

Hoitoympäristön vaikutus potilaaseen on tiedostettu ja kauan sitten. Jo Florence Nightingale (1820-1910) korosti hoitoympäristön vaikutusta hoitotyössä ja kirjoitti asiasta artikkelissaan *Sick-Nursing and Health-Nursing* (1893). Artikkelissa hän kuvaili sairaanhoidon perusaineksia. Niitä olivat ravinto, lämpötila, valaistus, raikas huoneilma, hoitovälineiden puhtaus ja sopivuus potilaalle. Hän myös kirjoitti aseptisen työskentelyn puolesta, raportoinnin, potilaan tilan havainnoinnista sekä potilaan ja hoitajan puhtauden tärkeydestä. (Sorvettula 1998, 55-56.)

Teho-osastot erottuvat hoitoympäristönä toisista osastoista huomattavasti. Osastolta löytyy paljon potilaiden hoitoon ja tarkkailuun liittyviä koneita ja laitteita. Monesti potilaan yksityisyys on suojattu vain verholla sekä huone on yleensä suuri ja monipaikkainen. Lisäksi potilaat sijoitetaan niin, että hoitajat näkevät heidät kokoajan ja potilaiden hoitoon osallistuu paljon hoitohenkilökuntaa sekä lääkäreitä. Osastolla saattaa olla myös usein kova hälinä ja melu. Potilaiden tarpeet yksityisyyteen eivät yleensä teho-osastolla täyty. (Meriläinen 2012, 22-23.)

Hoitoympäristönä tehohoito voi aiheuttaa potilaalle psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista kuormitusta. Niiden vaikutukset potilaaseen voivat kestää useita kuukausia tai vuosia tai ne voivat olla ohimeneviä. Henkilökunnan teho-osastolla tuleekin ottaa huomioon kuormitustekijöitä ja tarjota potilaille mahdollisia tukipalveluita. Psyykkisiä kuormitustekijöitä voivat olla muun muassa ahdistuneisuus, sekavuus, kuoleman pelko, muistamattomuus ja elämänhallinnan puute. Epäystävällinen kohtelu lisää psyykkisiä kuormitustekijöitä. Fyysisiä kuormitustekijöitä voivat olla riittämätön lepo, hoitojen ja sairauden aiheuttamat kivut sekä liikkumisrajoitukset. (Kaarola 2010, 463-464.)

Teho-osastot ovat vaativia työ- ja hoitoympäristöjä. Harvoin osastot ovat suunniteltu työturvallisuutta tai ergonomiaa ajatellen. Osastojen ahtaus sekä eri laitteiden määrä heikentävät viihtyvyyttä ja työturvallisuutta osastolla. Myös ahtauden myötä infektioiden riski kasvaa. (Meriläinen 2012, 22.)

## 2.4 Eettisyys

Tehohoidon etiikkaa tarkastellaan sen erityisluonteen vuoksi omana alueenaan. Suomessa eettiset ohjeet ovat tehneet Suomen tehohoitoyhdistys. Ohjeet ovat laadittu vuonna 1997. Nämä ohjeet koskevat kaikkia tehohoidon ammattilaisia. Eettisiä periaatteita ovat kärsimysten lievittäminen, elämän säilyttäminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, lisähaittojen välttäminen, totuudellisuus sekä oikeudenmukaisuus. Elämän säilyttäminen nimenomaan korostuu tehohoitotyössä, koska siellä työskennellään kriittisessä tilassa olevien potilaiden kanssa. Potilaille kärsimystä aiheuttaa akuuttitilanteessa nimenomaan pelko, kipu ja huoli tulevaisuudesta. Näillä alueilla tarvitaan hoitajan tarkkaavaisuutta ja kykyä paneutua toisen ihmisen asemaan. Lisähaittojen ehkäisemiseen kuuluvat muun muassa infektio riskin lisääntyminen sekä hoitotoimenpiteisiin liittyvien riskien huomioonottaminen. Riskit ovatkin välittömässä yhteydessä hoitajien toimintaan: ammattitaitoinen sekä aseptisesti oikealla tavalla työskentelevä hoitaja kykenee omalla toiminnallaan ehkäisemään mahdollisia lisähaittoja. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus ja totuudellisuus ovat periaatteessa samanlaiset kaikissa hoitotyön alueissa. Potilaan itsemääräämisoikeus ei aina toteudu teho-osastolla. Hoitajien tulisi ponnistella löytämään erilaisia keinoja tehohoitopotilaiden omien näkemysten kuulemiseen sekä potilaiden kokemusten arvioimiseen. Tehokkainta ja varmintä tiedonvälittämiskeinoa ei ole olemassa. Oikeudenmukaisuus tehohoidossa tarkoittaa sitä, että jokaisella potilaalla on tarpeen vaatiessa oikeus yhtäläiseen tehohoitoon. Tehohoitoa koskevat eettiset ohjeet ovat laadittu pysyviksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 238-241.)

Potilaan ja hoitajan suhdetta luonnehtii potilaan mahdollisesti voimakaskin riippuvuus hoitajasta. Potilas ei välttämättä pysty ilmaisemaan itseään, tai hänen päätöksentekokykynsä voi olla heikentynyt hoitojen tai sairauden takia. Riippuvuus puolestaan voi mahdollistaa paternalistisen eli holhoavan hoitokäytännön sekä potilaan oikeuksien loukkaamisen tai

väheksymisen, siksi juuri tehohoitotyössä vaaditaan erityisesti eettistä herkkyyttä sekä ammatillista pätevyyttä heikossa asemassa olevan potilaan tukemiseksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 241-242.)

Tehohoitotyöntekijällä on suuri mahdollisuus vaikuttaa tehohoitopotilaan hyvään oloon. Hoitajan on kyettävä näkemään potilaan oikeudet ja tukemaan itsemääräämisoikeutta, myös silloin kun siihen on vähän mahdollisuuksia. Potilaan tajuttomuus tai muu mahdottomuus kontrolloida ympäristöä missä potilas on, ei anna hoitajalle oikeutta kohdella potilasta välipitämättömästi tai väheksyvästi. Tehohoito on lääke- ja hoitotieteeseen perustuvaa toimintaa kuitenkin niin, että ammattilaisten on kyettävä mahdollisesti päättämään potilaan puolesta. Oleellista on, että potilasta kohdellaan aina ainutlaatuisena yksilönä. Potilaan terveydentilan salliessa hänet otetaan mukaan päätöksentekoon. Tehohoitajan tulee huolehtia jatkuvasta ammatillisesta osaamisestaan. Riittävä osaaminen takaa potilaalle laadukkaan, turvallisen hoidon sekä eettisesti tasokkaan hoidon. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 244.)

Tehohoitotyössä kohtaavat myös eri ammattiryhmät, keskeisiä ovat eri erikoisalojen lääkärit, laitoshuoltajat, välinehuoltajat, fysioterapeutit, osastosihteerit sekä laboratoriotyöntekijät. Potilaan hoitoon voivat osallistua myös psykologi, sairaalateologi tai sosiaalityöntekijä. Jokaisen ammattiryhmän tulee olla selvillä omasta vastuualueestaan sekä kunnioittaa toisten osaamista. Hoitotyöntekijät tarkkailevat jatkuvasti teho-osatolla potilaitaan, yleensä hoitajalla on rajallinen määrä hoidettavia, vaikeimmissa tapauksissa vain yksi potilas. Potilaan hoidon ja voinnin kannalta on tärkeää, että hoitotyöntekijöiden ja lääkärin välinen suhde on luottamuksellinen ja avoin. Lääkärin tulee kunnioittaa hoitajan osaamista ja luottaa häneen. Yhteistyöongelmia syntyy monista erisyistä, eettinen ongelma syntyy mikäli hoitajan ja lääkärin käsitykset potilaan hyvästä hoidosta poikkeavat. Eettisiä ongelmia voi syntyä myös, mikäli jompikumpi ammattikunta katsoo, että toinen väheksyy hänen toimintaa. Tämä voi ilmetä epäkunnioittavana asenteena toista kohtaan, määräilevänä käytöksenä tai toisen kokemattomuuden korostamisena. Yleensä tällaiset ongelmat ratkeavat työyhteisön ilmapiiirianalyysillä. Tiedonkululla on suuri merkitys eettisten ongelmien synnyssä. Avoin ympäristö mahdollistaa eettisten ongelmallisten kysymysten esille ottamisen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 248-250.)

## 2.5 Sanallinen ja sanaton vuorovaikutus

Valta on vaikuttamista tai kykyä vaikuttaa. Valta on tietoista ja tarkoituksellista toisen ihmisen kykyä saada tahtonsa läpi vastustuksesta huolimatta. Fyysinen tai henkinen väkivalta sekä niillä uhkaaminen ovat vallankäytön muotoja. Negatiivista vallankäyttöä ovat nöyryyttäminen, alistaminen, kapinointi, valtataistelu, väkivalta sekä vallanhimo. Positiivista vallankäyttöä ovat luottamus, arvostus, arvokkuus, etäisyys, ihailu, läheisyys ja kunnia. Vastuu ja valta kulkevat rinnakkain. Valta tuo kunnioitusta, menestystä, vaikutusvaltaa ja

rahaa. Valta voi olla hyvänä pidetty asia tai arvo, kuten lait määrittävät miten tulee toimia tietyissä asioissa. Valtaa voi käyttää positiivisella tai negatiivisella tavalla. Potilaan ja hoitajan välillä on aina vallan elementti. Potilas on autettava ja hoitaja auttaja. Vuorovaikutustilanteessa he voivat vuorotellen asettua toisen vaikutusvallalle ja se on normaalia tasaveroista vaikutusvaltaa. Vastustelevalle potilas on hankala potilas, kun taas hyvä potilas on suostunut hoitajan vaikutusvallan alle. Potilaan kohtaamisessa ja vuorovaikutuksessa on sekä potilaalla että hoitajalla oikeus kertoa omat mielipiteensä ja näin yhdessä lähteä neuvotellen etsimään yhteistä näkökulmaa. Potilaalla on oma näkemys omasta sairaudestaan sekä voinnistaan kun taas hoitohenkilökunnalla ovat ammatti osaaminen ja asiantuntijuus. Potilas itse kertoo miltä hänestä tuntuu eikä hoitaja voi hoito- ja auttamistyössä määritellä potilaan näkemyksiä oman tuntemisensa perusteella. Se ei olisi potilaan oma näkemys. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 169-173.)

Sanaton viestintä on myös kosketusta. Hoitotyössä kosketus voi aiheuttaa kipua potilaalle. Kosketus voi ilmaista rakkautta ja välittämistä tai halveksuntaa ja vihaa. Kosketus välittää mielihyvää, ymmärtämistä, tukea, empatiaa sekä turvallisuutta. Kosketus voi olla vallankäyttöä, kuten alistamista tai pakottamista kosketuksen välityksellä. Hoitajalle potilaan kehon alueen koskettaminen hoitotyössä on normaalia. Hoitajan on tärkeää muistaa intimitietin suojaaminen ja loukkaamattomuus potilasta kohtaan. Sanatonta viestintää on myös hiljaisuus. Sen välityksellä voidaan viestiä välittämistä. Hoitaja osoittaa surevalle ihmiselle kunnioitusta olemalla hiljaa. Hiljaisena oleminen voi myös mitätöidä toisen olemassaolon. Dementoitunut henkilö ei ehkä ymmärrä puhetta, mutta ymmärtää puheen äänensävyä. Koskettaminen, silmiin katsominen ja tutuista asioista puhuminen ovat kosketuksen keinoja dementoituneellekin potilaalle. Hoitaja voi viestiä potilaalleen kiirettä tai rauhallisuutta. Nopeatempoisen hoitajan voi aiheuttaa levottomuutta potilaille. Rauhallisesti työskentelevä hoitaja viestittää levollisuutta potilaisiin. (Mäkisalo-Ropponen 2012, 178-179.)

Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus luo sekä ylläpitää hoitosuhdetta. Hoitosuhde on ammatillinen, siinä hoitaja sitoutuu auttamaan potilasta sekä saa potilaalta tietoa tarpeiden mukaisen hoidon järjestämiseksi. Hoitosuhteeseen vaikuttavat hoitajan ja potilaan ajatukset, toiminnot ja tunteet. Hoitajan johdonmukaisuus on tärkeää hoitosuhteessa. Hoitajan johdonmukaisuus ilmenee hoitotyössä verbaalisena eli sanallisena viestinä ja nonverbaalisena eli kehon kielen viestinä. Potilaan ja hoitajan suhteeseen vaikuttavat hoitotoimenpiteet, että mahdolliset määräykset, joita hoitaja toteuttaa. Hoitotoimien suorittaminen sekä tekninen pätevyys suojaavat hoitajaa potilaan kärsimyksen kohtaamiselta. Hoitajan kommunikaatiotaitojen avulla hän saa aikaan vuorovaikutussuhteen, jossa toteutuu potilaan itsehoitoa tukeva ja ohjaava hoitotyö. (Mattila 2001, 16-18.)

Hoitotyössä on paljon tilanteita, jotka edellyttävät aktiivista kuuntelua. Yksinkertaisin ja tehokkain keino on pysytellä hiljaa. Käytännössä maltamme kuunnella vain sen verran, että saamme käännettyä keskustelun itseemme, toiseen aiheeseen, omiin kokemuksiimme tai alamme kysellä, rauhoitella tai neuvoa. Keskustelussa toisen ihmisen puhe vaatii kuuntelemista, tällöin syntyy vastavuoroisuutta, vuorovaikutusta sekä keskustelua. Hyvä kuuntelija antaa puhujalle tilaa. Hoitajan ja potilaan välistä hyvää toimivaa vuorovaikutusta kuvaa kohtaamisen turvallisuus ja myönteisyys. Siihen kuuluu molemmien puolinen luottamus ja kokemus siitä, että toinen välittää. Lisäksi toimivassa vuorovaikutuksessa on mahdollista vahvistuminen sekä tunnekokemuksen jakaminen. Hoitajan ja potilaan välisen vuorovaikutuksen on todettu olevan keskeinen asia, jonka perusteella potilaat arvioivat saamaansa hoitoa. (Hastrup 2006, 12.)

Potilaan ja hoitajan vuorovaikutus ei ole vain sanoja. Vastaanotamme viestejä myös äänenpainosta, että korkeudesta, puheen tahdista, kasvojen ilmeistä, että katsekontaktista. Potilaan hoitamiseen osallistuvien on huomioitava myös se mitä ei sanota. Eleet, ilmeet ja äänenpaino kertovat usein enemmän kuin tuhat sanaa. Koska tehohoidossa oleva potilas ei aina kykene kommunikoimaan, vaikeuttaa se normaalia vuorovaikutusta. Kyvyttömyys puhua turhauttaa sekä pelottaa potilaita. Tutkimusten mukaan potilaat jotka eivät kykene kommunikoimaan, saavat henkilökunnalta vähemmän verbaalisia viestejä kuin ne potilaat jotka kykenevät verbaaliseen kommunikointiin. He kuulsivat ja ymmärsivät ja reagoivat tunnetasolla puheeseen, vaikka henkilökunta ei sitä tiedostanut. Vaikka potilaat eivät pysty verbaaliseen kommunikointiin, tarvitsevat potilaat kuitenkin riittävän määrän ymmärrettävissä olevaa tietoa ja tukea. Potilaiden kommunikointi rajoittuu usein ”ei” tai ”kyllä” sanoihin tai vastauksiin. Kommunikointi välineenä voidaan käyttää myös merkkikieltä, aakkostaulukkoa tai kasvojen liikkeitä. Syvempi vuorovaikutus ja sen taso heijastavat sitoutumista hoitajalta yksilölliseen hoitoon. Se edellyttää merkittävää emotionaalista panostusta. Vaativat, yhteistyöhön kykenevät potilaat saavat vähemmän tukea kuin ”helpommat” potilaat. Tuella on tärkeä merkitys vuorovaikutussuhteisiin ja niiden ylläpitämiseen. Hoitohenkilökunnan tulee tunnistaa ahdistus, katkeruus, viha ja toivottomuus hoitosuhteessa. Teho-osastoilla olevat potilaat ovat joutuneet osastolle yleensä äkkiarvaamatta. Myös hoitoympäristö monine laitteineen on täysin vieras Sairauden vakavuus sekä huoli toipumisestaan yleensä lisäävät vuorovaikutuksen haasteellisuutta. Hoitajien tulisi löytää keinoja joilla saadaan potilas ymmärtämään viestien sisältö. (Meriläinen 2012, 23.)

Potilaan oikeus päättää hoidostaan on loukkaamaton. Itsemääräämisoikeuden tärkeys korostuu tehohoidossa koska hengenvaaratilanteet liittyvät usein pitemmällä tähtäyksellä parantumattomiin sairauksiin. Näissä tilanteissa potilaan toiveet hoidon aktiivisesta jatkamisesta saattavat yksilöllisesti vaihdella. (Sthy 1997, 4.)

Tehohoidossa olevat potilaat ovat usein joutuneet sinne ennalta arvaamatta ja ympäristö laitteineen on outo. Sairauden vakavuus ja huoli omasta toipumisesta lisäävät

vuorovaikutustilanteiden haasteellisuutta. Pelko ja stressi voivat olla ylivoimaisia, ja voivat häiritä potilaan päätöksentekokykyä. Hoitajien tulisi etsiä keinoja saada potilas ymmärtämään viestien sisältö sekä saada käsitys mitä potilas ymmärtää. (Meriläinen 2012,24.)

Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos terveystieteiden ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä taikka potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/782.)

Tehohoidossa olevalla potilaalla ja hänen läheisellään on oikeus saada totuudenmukaista tietoa potilaan tilanteesta ja sen kehittymiseen vaikuttavista seikoista. Potilaalle kerrottavan tiedon osalta totuudellisuuden vaatimus on yksiselitteinen. (Meriläinen 2012, 24.)

## 2.6 Luottamus ja empatia

Travelben (1971) määritelmän mukaan luottamus hoitosuhteessa on, että hoitaja pystyy autamaan potilasta hänen ahdingossaan. Aitous liittyy luottamukseen sikäli, että ihminen kykenee olemaan avoin ja teeskentelemätön. Aitous ei edellytä kaikkien tunteiden paljastamista, mutta ne tunteet jotka paljastetaan, tulisi olla todellisia. Kun potilas huomaa, että hoitaja lähestyy vilpittömästi häntä, hän luottaa hoitajaan, tämän aitouteen ja vilpittömyyteen. Luottamus hoitosuhteessa syntyy vähitellen. Hoitaja voi vahvistaa luottamusta johdonmukaisuudella ja luotettavuudella. Potilas voi kysyä hoitajalta asiaa, johon hoitaja ei tiedä vastausta, hoitaja voi kertoa, että selvittää sen ja tulee kertomaan myöhemmin. Rehellisyys on myös luottamuksen edellytys. Luottamuksen kehittymistä auttaa tiedon saaminen sekä mahdollisuus jakaa omia tunteita. Luottamus auttaa potilasta jakamaan avoimemmin huolensa, toiveensa ja tunteensa. Luottamus on avointa ja rehellistä vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan välillä. Hoitajan on rakennettava luottamus jokaisen potilaan kanssa. Jos luottamusta ei ole, hoitosuhde voi olla mekaanista ja pinnallista tarpeista huolehtimisesta. (Sundeen, Stuart, Rankin & Cohen 1987, 130-132.)

Empatia on kykyä eläytyä toisen ihmisen elämään ja ymmärtää oikein hänen tunteensa ja niiden merkitys. Hoitosuhteessa empatia luo hoitajan ja potilaan välille todellista ymmärtämystä. Empatia ohjaa vuorovaikutuksessa tiedon sisältöä ja ajoitusta, sananmuotoa sekä tietämystä ja tunteita siitä, milloin on esimerkiksi parasta olla hiljaa. Empatia auttaa ymmärtämään toisen ahdistusta. Empatia on läheisyyden tunnetta, jossa jaetaan ilot ja surut. Ehmann (1971) on esittänyt Katzin muotoileman mallin, jossa empatiaa sovelletaan hoitaja-potilassuhteissa. Siinä on neljä vaihetta, samaistuminen, sisäistäminen, heijastuma ja irrottautuminen. Samaistumisessa hoitaja kykenee ymmärtämään tilanteen ja potilaan tunteet. Sisäistämisessä hoitaja ymmärtää potilaan tunteet hänen kokemaksi, ei hoitajan omaksi kokemaksi. Heijastumisessa hoitaja on tietoinen omista tunteistaan, ei kuitenkaan anna valtaa niille vaan johdat-

taa ymmärtämään toisen tunteita. Irrottautumisessa hoitaja kommunikoi sanattomasti ja sanallisesti halunsa ymmärtää potilasta, auttaen potilasta ilmaisemaan tunteensa. Empaattisuus on myönteinen kokemus potilaan ja hoitajan välillä, joka lähentää heitä toisiinsa ja vahvistaa toisen osapuolen huomioonottamista. (Sundeen ym.1987, 132-135.)

### 3 Menetelmät/toteutus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien kokemuksia potilaiden kohtaamisesta tehostetun valvonnan osastolla Lohjan sairaalassa. Tavoitteena on tuottaa selvitys yksikön kehittämiseen, minkälaisia haasteita hoitaja kokee potilaan kohtaamisessa. Työn aihe saatiin työelämän toiveesta. Sähköisellä kyselyllä selvitettiin, hoitajien kokemuksia potilaiden kohtaamisesta tehostetun valvonnan osastolla.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Miten hoitajat kohtaavat potilaan tehostetun valvonnan osastolla?
2. Millaiseksi hoitajat kokevat potilaan hoidon tehostetun valvonnan osastolla?
3. Miten toimintaympäristö tukee hoitajien vuorovaikutusta?

#### 3.1 Määrällinen ja laadullinen tutkimus

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmiksi valikoituivat määrällinen eli kvantitatiivinen ja laadullinen eli kvalitatiivinen.

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa ovat keskeistä taulukkomuotoon ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon, käsitteiden määrittely, johto-päätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat, hypoteesin esittäminen, aineisto soveltuu määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen, tutkittavien henkilöiden valinta sekä tulosten kuvaileminen mm. prosenttilukujen avulla ja merkitsevyyden tilastollinen testaus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara. 2009, 136.)

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus on todellisen elämän kuvaamista. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään löytämään tai paljastamaan tosiasioita. Laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on aineiston monitahoinen ja yksityiskohtainen tarkastelu. Aineisto kerätään luonnollisissa ja todenmukaisissa tilanteissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161.)

Tutkimusmenetelmien yhteiskäytöstä käytetään termiä triangulaatio. Termin varhaisia käyttäjiä on Denzin (1970), joka on jaotellut triangulaatiot neljään tyyppiin. Metodologinen tai metodinen tarkoittavat useiden menetelmien käyttöä samassa tutkimuksessa. Tutkijatriangulaatio tarkoittaa, että tutkimukseen on osallistunut useampia tutkijoita aineiston kerääjinä. Denzin kertoo myös teoreettisesta triangulaatiosta, tällöin ilmiötä lähestytään eriteorioiden näkökulmasta. Aineistot triangulaatiossa ongelman ratkaisemiseksi kerätään useista erilaisista tutkimusaineistoista. (Hirsjärvi ym. 2009, 228.)

Triangulaatio on siis sekä määrällinen että laadullinen tutkimustapa. Lomake voi olla määrällinen analyysi, jossa jokin osa on laadullista osaa. Sähköisessä kyselylomakkeessa voi olla väittämiä, valmiita strukturoituja kysymyksiä sekä lisäksi avoimia kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä tutkittava voi ilmaista asian omalla tavalla. (KvaliMOTV 2006.)

### 3.2 Aineistonkeruumenetelmä

Otos rajattiin tehostetun valvonnan käytännön hoitotyötä tekeviin sairaanhoitajiin. Otoksessa poissuljettiin keikkatyötä sekä lyhytaikaisia sijaisuuksia tekevät sairaanhoitajat. Sairaanhoitajia työskentelee osastolla noin 20. Taustatiedoissa kysytään ikä ja työkokemus. Sähköinen kyselylomake lähetettiin joulukuun aikana osastonhoitajalle. Lomakkeen vastausaika oli kaksi viikkoa. Sähköinen kysely lähetettiin osastonhoitajalle, joka lähetti linkin sähköisestä kyselystä hoitajille. Lomakkeen lopussa on kaksi avointa kysymystä koskien potilaan kohtaamista.

Verkkokyselyiden vahvuus on visuaalisuus, nopeus ja taloudellisuus. Kyselyt voidaan tehdä ulkoiseltaan miellyttäväiksi ja monipuoliseksi. Kysely rakennetaan kohderyhmä huomioiden. Kyselyn lähettämisessä ja palauttamisessa etuna on sen nopeus. Kuluja ei sähköisestä kyselystä aiheudu, vaikka vastaajat olisivat ympäri suomea. Erilaiset älypuhelimet ja tabletit kannattaa huomioida kyselyä rakennettaessa. Lomakkeen helppous ja toimivuus varmistetaan, että se toimii erilaisissa laitteissa. (Valli 2015, 47.)

Verkkokyselyn voi lähettää joko suoraan kohderyhmälle tai vaihtoehtoisesti jonkun tahon kautta, joka lähettää sen eteenpäin tarkoitetuille henkilöille. Kyselyihin voi vastata nimettömänä tai voi pyytää sähköpostiosoitetta. Jälkimmäisessä muodossa tutkija pystyy katsomaan ketkä ovat vastanneet ja pyytämään vastauspyyntöjä niiltä, jotka eivät ole vielä vastanneet kyselyyn. Tutkija voi varmistaa myös, että sama vastaaja ei vastaa kyselyihin toista kertaa. (Valli 2015, 48-49.)

Sähköinen kysely rakennetaan niin että vastaaja voi valita vain yhden vaihtoehdon. Tulosten luotettavuuteen ja raportointiin vaikuttaa lomakkeen testaaminen etukäteen. (Valli 2015, 52.)

Likert-asteikko on mielipideväittämissä käytetty tavallisesti neljä- tai viisiportainen järjestysasteikko. Vastaajalla on toisena ääripäänä täysin samaa mieltä ja toisena ääripäänä täysin eri mieltä olevat vaihtoehdot. Vastaaja valitsee asteikolta parhaiten omaa käsitystään vastaavan vaihtoehdon. Väittämien etuna on, että niiden avulla saadaan paljon tietoa vähään tilaan. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään etupäässä avoimia kysymyksiä. Tällöin vastaajien mielipiteitä ei rajoiteta mitenkään. (Heikkilä 2014, 49-52.)

Laadullisia metodeja ovat myös teemahaastattelu, ryhmähaastattelu, osallistuva havainnointi sekä erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)



### 3.3 Aineiston analysointi

Määrällisessä eli kvantitatiivisessa tutkimuksessa on menetelmä, jolla saadaan tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa. Määrällinen analyysimenetelmä pyrkii ennakoimaan tutkimusta, niin että se on tutkimusongelmaan ja kysymyksiin nähden sopiva. (Heikkilä 2004, 183.)

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. Se edellyttää riittävän suurta otosta. Aineiston keruussa käytetään standardoituja tutkimuslomakkeita. Asioita kuvataan numeeristen suureiden avulla. Tulokset havainnollistetaan taulukoin ja kuvioin. Tässä työssä väittämät analysoidaan ja esitetään keskiarvoina sekä keskihajontana. (Heikkilä 2014, 15.)

Laadullisessa tutkimuksessa käytetään induktiivista analyysiä, jossa aineisto on monipuolinen ja sitä tarkastellaan yksityiskohtaisesti. Aineiston hankinnassa käytetään laadullista metodologiaa, jossa tulee esille tutkittavan oma ääni ja sekä näkökulma. Laadullisia metodeja ovat myös teemahaastattelu, ryhmähaastattelu, osallistuva havainnointi sekä erilaisten dokumenttien ja tekstien diskursiiviset analyysit. (Hirsjärvi ym. 2009, 164.)

Kysely- ja haastattelu tutkimuksissa on usein mukana myös avoimia kysymyksiä. Avoimille kysymyksille on tyypillistä, että ne ovat helppoja laatia mutta työläitä käsitellä. Ne houkuttelevat myös vastaamatta jättämiseen. Avoimet kysymykset kannattaa sijoittaa lomakkeen loppuun ja niille on varattava riittävästi tilaa. (Heikkilä 2014, 47-48.)

Laadullisessa tutkimuksessa valitaan analyysitapa joka parhaiten tuo vastauksen tutkimusongelmaan. Analyysi koetaan vaikeaksi. (Hirsjärvi 2014, 224.)

Teema-analyysissä edetään siten, että aineistoon tutustumisen jälkeen nimetään teemat, niiden muodostamista ohjaavat tutkimuskysymykset. Teemoittelulla tarkoitetaan toistuvia sisältöjä sekä aineistossa ilmeneviä pääsisältöjä. Teema-analyysi etenee niin, että sen perusteella syntyy kuvailevia teemoja, ne voivat olla yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia. Teemat ovat lähellä alkuperäisten tutkimusten käsitteitä ja tulkinnan avulla voidaan luoda uusia rakenteita analyttisiä teemoja, hypoteeseja ja selityksiä. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015.)

Teemojen yhteydessä annetaan lukijalle näytepalloja eli sitaatteja. Aineistosta lainattujen sitaattien tarkoituksena on havainnollistaa esimerkkejä ja antaa lukijalle näyte siitä, että tekijällä on todella ollut aineisto, mihin hän pohjaa analyysinsä. Sitaattien käyttämisessä tulee olla kriittinen ja työtä kirjoittaessa on hyvä miettiä mikä tehtävä sitaatilla on ja onko sitaatti juuri tarpeellinen suunnitellussa kohdassa. Jokaisen sitaatin opinnäytetyössä tulee olla harjattu. (KvaliMOT 2006.)

Tässä opinnäytetyössä on väittämiä, jotka ovat muodostuneet (Liite 2.) tutkimuskysymysten perusteella, johon vastaaja valitsee sopivan vaihtoehdon asteikon väittämistä.

#### 4 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tulokset ovat hyväksyttäviä ja luotettavia kun tutkimus on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät tulee olla tieteellisen kriteerien mukaisia ja niiden on oltava eettisesti kestäviä. Tulosten julkistamisessa tulee toteuttaa vastuullisuutta ja avoimuutta, kuten tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluu. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-8.)

Tässä opinnäytetyössä lähtökohdat huomioidaan käyttämällä eettisesti hyviä tieteellisiä käytänteitä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaajalla on tieto, mihin kyselyn tuloksia käytetään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6-8.)

Kysely tehdään nimettömänä ja raportoidaan niin että yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa.

Muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa ja viitata heidän julkaisuihinsa asianmukaisella tavalla, ja antaa heidän työlleen myös sille kuuluva arvo, silloin kun heidän työtään käytetään omassa tutkimuksessa ja julkaistaan tutkimustuloksia. Tutkimus tulisi suunnitella, toteuttaa ja raportoida tieteellisen tutkimuksen vaatimalla tavalla. Aineisto on tallettava tieteellisen tutkimuksen vaatimusten mukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioidaan käytettyjen lähteiden sekä osastolle tehdyn kyselyn kautta. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla validiteettia ja realibiteettia. Validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimuksessa on mitattu sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Reabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen. Reabiliteetin mittari tarkoittaa, ettei tuoteta-ei sattumanvaraisia tuotoksia. Mittarin luotettavuus on tutkimuksen luotettavuuden perusta. Jos mittari valitaan väärin, se ei mittaa haluttua tutkimusilmiötä ja siten tuloksista on mahdotonta saada luotettavia. Vaikka tutkimus olisi kvantitatiivinen tai kvalitatiivinen tulisi arvioida osallistuvien tai tutkittavien edustettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152-158).

Kvalitatiivista tutkimusta tekevä saattaa sokeutua omalle tutkimukselleen. Kirjallisuudessa varoitetaan holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä. Nämä tarkoittavat, että tutkija on tutkimusprosessin kuluessa vakuuttunut johtopäätöstensä oikeellisuudesta sekä hänen tutkimuksensa muodostama malli kuvaa todellisuutta, niin ei välttämättä ole. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden yhteydessä puhutaan validiteetista ja reabiliteetista. Kvalitatiivisen tutkimuksen kriteereitä ovat: siirrettävyys, uskottavuus, riippuvuus sekä vahvistettavuus. Uskottavuus tarkoittaa, että tulokset on kuvattu selkeästi. Lukijan on ymmärrettävä, miten analyysi on tehty sekä mitkä ovat tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet. Aineiston ja tulosten kuvaus on tärkeä luotettavuuskysymys. Siirrettävyyden varmistumiseksi edellytetään tutkimuskontekstin kuvausta osallistujien ja taustojen selvittämisestä sekä analyysin että aineiston keruun kuvausta. Tutkijan on itse arvioitava, mitkä täyttävät luotettavuuden arvioinnin kriteerit

ja miten ne soveltuvat hänen aineistoonsa. On myös muistettava, ettei kaikkia kriteereitä voi käyttää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159-166.)

## 5 Tulokset

Tutkimuslupa kyselyyn saatiin 14.12.2016. Sähköinen kysely lähetettiin Lohjan sairaalan tehostetun valvonnan osastonhoitajalle 2.1.2017, ja osastonhoitaja laittoi linkin kyselyyn tehostetun valvonnan osaston hoitajille. Vastausaika oli alun perin kaksi viikkoa. Vastausaikaa pidennettiin, jotta saataisiin vielä enemmän vastauksia, joten vastausaikaa oli kolme viikkoa. Vastausaika lopput 24.1.2017. Kyselyyn vastasi kymmenen hoitajaa (n=10). Tehostetun valvonnan osastolla työskentelee n. kaksikymmentä (n=20) sairaanhoitajaa. Kyselyyn vastasi 50 % hoitajista. Opinnäytetyössä käytettiin määrällistä eli kvantitatiivista tutkimusmenetelmää taustatiedoissa sekä väittämissä. Laadullista eli kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käytettiin avoimissa kysymyksissä.

### 5.1 Taustatiedot

Taustatiedoissa (Taulukko 1) kysyttiin ikää ja työkokemusta. Taulukon taustatiedoissa vastanneista yksi oli 20 - 30-vuotias. Vastanneista kolme oli 30 - 40-vuotiaita. Vastanneista neljä olivat 40 - 50-vuotiaita ja kaksi oli 50 - 65-vuotiaita. Työkokemusta oli kahdella vastaajista 2-10-vuotta. Seitsemällä vastaajista oli työkokemusta 10 - 30-vuotta ja yli 30-vuotta työkokemusta oli yhdellä vastaajista.

TAUSTAKYSY- MYS		LKM
IKÄ	20-30 v.	1
	30-40 v.	3
	40-50 v.	4
	50-65 v.	2
TYÖKOKEMUS	2-10 v.	2
	10-30 v.	7
	YLI 30 v.	1

Taulukko 1. Taustatiedot

## 5.2 Väittämät ja avoimet kysymykset

Väittämiä oli yhteensä 21. Väittämiin perustuvaa vastaustapaa käytettiin kyselylomakkeen pääasiallisena kyselymenetelmänä yhdessä kahden avoimen kysymyksen kanssa. Väittämien kohdalla vastaajat valitsevat sen kohdan kuinka vahvasti he ovat samaa tai eri mieltä väittämien kanssa. Väittämissä käytettiin Likert-asteikkoa, joka on 5-portainen. Asteikossa on jokaisen väittämän kohdalla viisi vastausvaihtoehtoa; 1= täysin eri mieltä, 2=hieman eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4= melkein samaa mieltä, 5= täysin samaa mieltä.

		1. Täysin eri mieltä	2. Hie- man eri mieltä	3. En osaa sa- noa	4. Mel- kein sa- maa mieltä	5. Täy- sin sa- maa mieltä	kes- kiarvo (ka 1-5)	Keskiha- jonta
1	Potilaan yksityi- syys voisi olla pa- rempaa				5	5	4,5	0,5
2	Potilaan sairaus vaikuttaa hänen kohtaamiseensa	1		1	6	2	3,8	0,96
3	Koen potilaiden kohtaamisen jos- kus henkisesti raskaana		1		5	4	4,2	0,87
4	Minun on joskus vaikeata kohdata potilas		4		6		3,2	0,98
5	Minun on yleensä helppo kohdata potilas				3	7	4,7	0,46
6	Oma väsymyk- seni vaikuttaa po- tilaan kohtaami- seen	1	4		4	1	3	1,26
7	Olen joskus jättä- nyt potilaan huo- mioimatta	3	4		2	1	2,4	1,36
8	Kohtelen potilasta asianmukaisesti				3	7	4,7	0,46
9	Olen joskus käyt- tänyt valtaani vää- rin potilasta koh- taan	1	4		5		2,9	1,14
10	Olen huomionut potilasta riittävästi		1	1	8		3,7	0,64

11	Käytän potilaan kohtaamisessa myös sanaton viestintää				2	8	<b>4,8</b>	2,5
12	Sanaton viestintä on joskus vaikeata		4	1	4	1	3,2	1,08
13	Voisin parantaa vuorovaikustani potilaan kohtaamisessa	1	2	1	4	2	3,4	1,3
14	Olen kokenut, että potilaat luottavat minuun				5	5	4,5	0,5
15	Olen empaattinen potilaita kohtaan				6	4	4,4	0,49
16	Osastolla on meluisaa				4	6	4,6	0,49
17	Osaston sisälämpötila on sopiva	1	7	1	1		2,2	0,75
18	Minulla on riittävästi tilaa työskennellä	7	3				<b>1,3</b>	0,46
19	Työympäristöni on puutteita				5	5	4,5	0,5
20	Koneet ja laitteet ovat toimivia		2		8		3,6	0,8
21	Laitteet ja koneet häiritsevät työtäni		6		4		2,8	0,98

Taulukko 2. Väittämät

Vastaajat kokivat että, koneet ja laitteet kuten tipanlaskijat, ventilaattorit ja erilaiset seurantalaitteet ovat osastolla toimivia (Ka 3.6) eivätkä häiritse työskentelyä (Ka 2.8). Seitsemän (7) vastaajan mielestä sisälämpötila voisi olla sopivampi (Ka 2.2). Väittämään osastolla on meluisaa (Ka 4.6), vastaajista kuusi (6) olivat täysin samaa mieltä ja Neljä (4) melkein samaa mieltä. Seitsemän (7) vastaajaa kokivat, ettei työskentelytilaa ole riittävästi (Ka 1.3). Loput kolme (3) olivat hieman eri mieltä.

Potilaan kohtaaminen oli vastaajien mielestä helppoa (Ka 4.7). Vastaajat kohtelevat omasta mielestään potilaita asianmukaisesti (Ka 4.7) ja ovat empaattisia (Keskiarvo 4.4). Vastaajat kokivat potilaiden luottavan heihin (Ka 4.5). Potilaan sairaus vaikuttaa kohtaamiseen (Ka 3.8), esimerkiksi aggressiivisen ja sedatoidun potilaan kohtaaminen koettiin vaikeaksi. Yksi vastaajista kirjoittaa, ”joskus saman ikäisen vaikeasti sairaan potilaan kohtaaminen tuntuu rasakalta, mutta ei vaikealta”. Suurin osa vastaajista koki huomioivansa riittävästi potilaita

(Ka 3.7). Väittämään ”Voisin parantaa vuorovaikutustani potilaan kohtaamisessa”, neljä (4) vastaajista olivat melkein samaa mieltä, kaksi (2) täysin samaa mieltä, kaksi (2) hieman eri mieltä, yksi (1) täysin eri mieltä ja yksi ei osannut sanoa (Ka 3.4). Oman väsymyksen vaikuttaminen potilaan kohtaamiseen oli kaksijakoinen (Ka 3.0). Myös avoimessa kysymyksessä vastaajat kokivat väsymyksen vaikuttavan potilaan kohtaamiseen. Väittämään ”Olen joskus käyttänyt valtaani väärin potilasta kohtaan”, viisi (5) olivat melkein samaa mieltä ja neljä (4) hieman eri mieltä sekä yksi (1) vastaajista täysin eri mieltä (Ka 2.9).

Vastaajista viisi (5) olivat samaa mieltä, että potilaan yksityisyys voisi olla parempaa ja viisi (5) olivat melkein samaa mieltä (Ka 4.5).

Sanatonta viestintää potilaan kohtaamisessa käyttävät kaikki vastaajista (Ka 4.8). Neljä (4) vastaajaa koki sanattoman viestinnän joskus vaikeaksi (Ka 3.2). Yksi vastaajista kirjoittaa, ”muistamalla esimerkiksi sedatoidun potilaan viereen mentäessä, kertoisin olevani tulossa tekemään jotain ja muutenkin kertoisin olevani vieressä”.

Sähköisen kyselylomakkeen lopussa oli kaksi (2) avointa kysymystä. Ensimmäinen avoin kysymys oli ”Miten voin kehittää potilaan kohtaamista?”. Tähän oli vastannut kymmenestä vastaajasta yhdeksän, yksi oli jättänyt kohdan vastaamatta. Vastauksista nousi esille selkeästi henkilökunnan kokemus riittämättömyydestä. Vastaajien mielestä heillä on työssään niin kiire, ettei potilaan kohtaamiseen ole riittävästi aikaa. Vastaajien mielestä henkilökuntaa on liian vähän. Yksi vastaajista koki kohtaamista vaikuttavaksi seikaksi puutteellisen ruotsin kielen, tämä tuli esiin myös toisessa avoimessa kysymyksessä. Yksi vastaajista koki, että varsinkin sedatoidun potilaan kohtaamista pitäisi kehittää sekä sanallisella että sanattomalla viestinnällä.

Toinen avoin kysymys oli ”Mitkä tekijät vaikeuttavat potilaan kohtaamista?”. Tähän kysymykseen oli vastanneet kaikki kymmenen vastaajaa. Puolet toivat esille kiireen sekä hoitajan väsymyksen sekä ylikuormituksen. Potilaan kohtaamiseen ei ehdi paneutua. Myös sekavan, aggressiivisen ja epäasiallisen käytöksen koettiin vaikeuttavan potilaan kohtaamista. Tällöin potilasta on vaikea lähestyä. Työskentelytilojen ahtaus ja potilaan yksityisyyden puute nousivat myös esille. Osastolla oleva melu ja hälinä koettiin myös potilaan kohtaamista vaikeuttavaksi tekijäksi, tätä mieltä oli kolme vastaajaa. Yksi vastaajista toi esille yhteistyön, kun mukana on monta eri toimijaa, tällöin aikataulut potilaan hoidossa eivät aina kohtaa. Yhdessä vastauksessa koettiin potilastietojärjestelmän hitauden ja epäkäytännöllisyyden vaikeuttavan potilaan kohtaamista. Myönteiseksi tekijäksi koettiin toimivat laitteet, kuten tipanlaskijat, ventilaattorit sekä erilaiset seurantalaitteet.

## 6 Johtopäätökset ja pohdinta

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä oli: ”Miten hoitajat kohtaavat potilaan tehostetun valvonnan osastolla?” Hoitajat kokivat, että kiire haittaa potilaan kohtaamista. Yksilölliset tarpeet jäivät huomioimatta kiireen keskellä. Potilaan aggressiivisuus haittasi kohtaamista. Valtaosa hoitajista koki että, henkilökuntaa pitäisi olla enemmän. Näin he ehdisivät olla enemmän potilaan luona. Myös toisen virallisen kielen puute koettiin haittaavana tekijänä. Hoitajan oma väsymys vaikutti potilaan kohtaamiseen heikentävästi. Hoitajat kuitenkin kokivat kohtelevansa potilasta asianmukaisesti. Hoitajat kokivat potilaiden luottavan heihin.

Toisena tutkimuskysymyksenä oli: ”Millaiseksi hoitajat kokevat potilaan hoidon tehostetun valvonnan osastolla?” Vastaajat kokivat, että potilaan yksityisyys voisi olla parempaa. Meriläinen (2012), kirjoittaa että, potilaiden tarpeet yksityisyyteen eivät yleensä teho-osastolla täyty. Monesti potilaan yksityisyys on suojattu vain verholla sekä huone on yleensä suuri ja monipaikkainen. Potilaan kohtaaminen on joskus henkisesti raskasta ja vaikeaa, enemmistö kokee kuitenkin potilaan kohtaamisen helpoksi. Leino-Kilpi ym. (2014) kirjoittaa että, potilaan tajuttomuus tai muu mahdollisuus kontrolloida ympäristöä missä potilas on, ei anna hoitajalle oikeutta kohdella potilasta välipitämättömästi tai väheksyvästi. Mattila (2001) kirjoittaa että, sairaanhoitajan työ tehohoidossa vaatii erityisiä osaamis- ja sietokyky vaatimuksia. Hoitajat kokevat, että potilaat luottavat heihin. Hoitajat ovat myös empaattisia potilaita kohtaan. Sundeen ym. (1987) kirjoittaa, että empaattisuus on myönteinen kokemus potilaan ja hoitajan välillä, joka lähentää heitä toisiinsa ja vahvistaa toisen osapuolen huomioonottamista. Vastaajien mukaan hoitajat kohtelevat potilaita asianmukaisesti sekä huomioivat potilasta riittävästi. Hoitajat käyttävät myös sanatonta viestintää, joskus kokevat sen vaikeaksi. Hoitajat käyttävät sanatonta viestintää potilaan kohtaamisessa. Mäkisalo-Ropponen (2012) kirjoittaa, että sanaton viestintä on esimerkiksi kosketusta, hiljaisuutta, kiirettä sekä rauhallisuutta.

Kolmantena tutkimuskysymyksenä oli: ”Miten toimintaympäristö tukee hoitajien vuorovaikutusta?” Hoitajat olivat sitä mieltä, että osastolla on meluisaa. Osastolla saattaa olla myös usein kova hälinä ja melu, näin kirjoittaa Meriläinen (2012). Hoitajat kokevat, että ei ole riittävästi tilaa työskennellä. Vastaajien mielestä koneet ja laitteet ovat toimivia, mutta hoitajat olivat sitä mieltä, että koneet ja laitteet häiritsevät työskentelyä. Osa vastaajista koki, että työympäristössä on puutteita. Meriläinen (2012) kirjoittaa, että harvoin osastot ovat suunniteltu työturvallisuutta tai ergonomiaa ajatellen. Osastojen ahtaus sekä eri laitteiden määrä heikentävät viihtyvyyttä ja työturvallisuutta osastolla. Myös ahtauden myötä infektioiden riski kasvaa. Vastaajat kokivat, että osaston sisälämpötila ei ole sopiva. Florence Nightingale (1820-1910) kuvaili artikkelissaan sairaanhoidon perusaineiksia. Niitä olivat ravinto, lämpötila, valaistus, raikas huoneilma, hoitovälineiden puhtaus ja sopivuus potilaalle. (Sorvettula 1998, 55-56.)

Tämän opinnäytetyön luotettavuutta arvioitiin käytettyjen lähteiden sekä osastolle tehdyn kyselyn kautta. Lähteitä pyrittiin käyttämään monipuolisesti sekä pyrittiin arvioimaan jokaisen lähteen luotettavuutta ja laatua. Käytettiin myös vanhempia lähteitä ja ne ovat edelleen luotettavia. Tässä opinnäytetyössä huomioitiin käyttämällä eettisesti hyviä tieteellisiä käytänteitä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. Vastaajalla oli tieto, mihin kyselyn tuloksia käytetään. Kysely tehtiin nimettömänä ja raportoidaan niin, että yksittäinen vastaaja ei ole tunnistettavissa.

Kehitysehdotuksemme on että, asiaa tarkasteltaisiin myös potilaiden näkökulmasta. Potilaiden näkökulman saaminen toisi henkilökunnalle enemmän tietoa potilaan kokemuksista sekä toiminnan kehittämisestä. Potilaat kuitenkin näkevät henkilökunnan työn toisesta näkökulmasta. Omaisille osoitetut haastattelut tai kyselyt voisivat myös hyödyntää henkilökuntaa.



## Lähteet

Ehmann, V. 1971.

Elonen, E., Mäkijärvi, M., Vuoristo, M. 2008. Akuuttihoito opas. Helsinki: Duodecim.

Hastrup, A. 2006. Hoitajien ja vanhempien välinen vuorovaikutus. Pro Gradu. Tampereen yliopisto.

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Porvoo: Bookwell Oy.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Keuruu: Otavan kirjapaino oy.

Hus 2015. Tervetuloa harjoitteluun. Viitattu 1.9.2016. <http://www.hus.fi/tyopaikat/opiskelijat-ja-harjoittelu/harjoittelu-ja-tyossaoppiminen/Documents/Hus%20yleisperehdytys%20opiskelijalle%202015.pdf>

Kaarlola, A., Larmila, M., Lungren-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T., Ritmal-Castren. 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Wsoypro Oy.

KvaliMOTV 2006. Anita Saaranen-Kauppinen & Anna Puusniekka. Viitattu 5.11.2016. [http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2\\_3\\_2\\_4.html](http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L2_3_2_4.html)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Mattila, L. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista, potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto.

Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö: psyykinen elämänlaatu ja toipuminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2102. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Sanoma pro oy.

Rosenberg, P. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Duodecim.

Sorvettula, M. 1998. Johdatus suomalaisen hoitotyön historiaan. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto Ry.

Stolt, M., Axelin, A., Suhonen R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto: Juvenes Print.

Sundeen, S., Stuart, G., Rankin, E., Cohen, S. 1987. Vuorovaikutus- avain hoitotyöhön. Juva: Wsoy.

Sthy. 1997. Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. Viitattu 1.9.2016. <http://www.sthy.fi/system/files/sivut/eettiset.pdf>

Tuomi, J & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.  
Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen suomessa. Helsinki. Viitattu 17.9.2016. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Travelbee, J. 1971. Interpersonal aspects of nursing, The F.A. Davis Co., p. 80. Philadelphia.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Juva: Bookwell oy.

## Taulukot

Taulukko 1: Taustatiedot

Taulukko 2: Väittämät

## Liitteet

## Liite 1. Tiedonhaun taulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Vuosi	Tulos	Valinnat
Medic	Tehohoito	Otsikko	2010-2016	16	2
Medic	Tehohoito	väitösKirja, kaikki	2010-2016	26	1
Medic	Tehohoito, ymp*	Kaikki julkaisutyy-pit	2010-2016	1	1
Medic	Tehohoito, turv*	Kaikki julkaisut	2010-2016	6	1
Medic	Tehohoito, poti*	Kaikki julkaisut	2010-2016	45	2

## Liite 2. Sähköisen kyselyn runko

Asteikko 1-5, 1. täysin erimielä, 2. hieman erimielä, 3. en osaa sanoa 4. Melkein samaa mieltä 5. Täysin samaa mieltä.

Potilaan yksityisyys toteutuu

Potilaan yksityisyys voisi olla parempaa

Potilaan sairaus vaikuttaa hänen kohtaamiseensa

Koen potilaiden kohtaamisen joskus henkisesti raskaana

Minun on joskus vaikeata kohdata potilas

Minun on yleensä helppo kohdata potilas

Oma väsymykseni vaikuttaa potilaan kohtaamiseen

Olen joskus jättänyt potilaan huomioimatta

Kohtelen potilasta asianmukaisesti

Olen joskus käyttänyt valtaani väärin potilasta kohtaan

Olen huomionut potilasta riittävästi

Käytän potilaan kohtaamisessa myös sanaton viestintää

Sanaton viestintä on joskus vaikeata

Voisin parantaa vuorovaikustani potilaan kohtaamisessa

Olen kokenut, että potilaat luottavat minuun

Olen empaattinen potilaita kohtaan

Osastolla on meluisaa

Osaston sisälämpötila on sopiva

Minulla on riittävästi tilaa työskennellä

Työympäristössäni on puutteita

Koneet ja laitteet ovat toimivia

Laitteet ja koneet häiritsevät työtäni

Avoimet kysymykset

Miten voisin kehittää potilaan kohtaamista

Mitkä tekijät vaikeuttavat potilaan kohtaamista

## Liite. 3 Saatekirje

Hei!

Olemme Laurean Ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”Potilaan kohtaaminen hoitajien näkökulmasta tehostetun valvonnan osastolla”. Tarjoituksena on tehdä kartoitus tehostetun valvonnan potilaan kohtaamisesta hoitajan näkökulmasta ja sen mahdollisista haasteista.

Tutkimuskysymykset työssämme ovat:

1. Miten hoitajat kohtaavat potilaan tehostetun valvonnan osastolla?
2. Millaiseksi hoitajat kokevat potilaan hoidon tehostetun valvonnan osastolla?
3. Miten toimintaympäristö tukee hoitajien vuorovaikutusta?

Kyselyyn vastataan sähköisesti. Lomakkeessa on 22 väittämää ja kaksi avointa kysymystä. Vastamiseen menee aikaa n. 10 minuuttia. Kysely tehdään nimettömänä ja raportoidaan niin, että yksittäinen vastaaja ei ole niistä tunnistettavissa. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Kyselyn tulokset esitetään opinnäytetyömme julkaisemisen yhteydessä ja ne käsitellään osastokokouksessa.

Työmme tulosten ja luotettavuuden kannalta olisi erityisen tärkeää, että vastasit kyselyyn.

Yhteistyöstäsi etukäteen kiittäen,

Minna Vuorma

[minna.vuorma@student.laurea.fi](mailto:minna.vuorma@student.laurea.fi)

Henna Seppälä

[Henna.M.Seppala@student.laurea.fi](mailto:Henna.M.Seppala@student.laurea.fi)

Ohjaavat opettajat:

Jennymaria Hasselberg

[jennymaria.hasselberg@laurea.fi](mailto:jennymaria.hasselberg@laurea.fi)

Anne Makkonen

[anne2.makkonen@laurea.fi](mailto:anne2.makkonen@laurea.fi)

Osastonhoitaja

Liisa Marttila

[liisa.marttila@hus.fi](mailto:liisa.marttila@hus.fi)